

МЕТОДИКА ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РАССЛОЕНИЕМ АНЕВРИЗМЫ ИНФРАРЕНАЛЬНОГО СЕГМЕНТА БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ И БЕЗ РАССЛОЕНИЯ

*Деркач В.В., Зеньков А.А., Сачек М.Г., Михневич А.В., Мышленок Д.Ф.,
Выхристенко К.С., Пушков И.Е., Крисанов В.В., Лойко Н.Г., Шумейко И.А.,
Степанец С.А., Тимкин И.С., Конопелько О.В.*

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

УЗ «Витебская областная клиническая больница»

Введение. Проблема расслоения аневризмы аорты является труднейшей и интереснейшей главой современной сердечно-сосудистой хирургии. Аневризма брюшной аорты является довольно распространенным заболеванием, которое в прогностическом плане достаточно опасно, так как представляет непосредственную угрозу для жизни больного. Несмотря на все современные достижения, летальность при разрыве АБА остается высокой. История хирургического лечения аневризмы аорты насчитывает более двух столетий. Несмотря на обширный опыт лечения и обследования пациентов аневризмой аорты, многие вопросы диагностической тактики далеки от решения. К большому сожалению, в современной клинической практике не существует универсального метода исследования, способного ответить на все вопросы, стоящие перед операцией. Поэтому обследование пациентов с расслоением аневризмы аорты требует выбора диагностической тактики и разработки диагностического алгоритма, учитывающих исходное состояние пациентов и позволяющих в минимальный срок обеспечить необходимое количество информации. В литературе неоднократно предпринимались попытки провести анализ факторов риска летальности в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде у пациентов данной группы. Выявление факторов риска хирургического лечения имеет важное прогностическое значение и позволяет скорректировать хирургическую тактику лечения.

Целью настоящей работы стала разработка оптимальной хирургической тактики лечения пациентов с расслоением инфраренального сегмента брюшного отдела аорты на основании анализа и опыта хирургического лечения данной патологии в кардиохирургическом отделении Витебской областной клинической больницы в период с 2008 по 2010 гг.

Материалы и методы. За указанный период всего было обследовано и прооперировано 56 человек, 18 женщин (32%) и 38 мужчин (68%). В возрасте от 56 до 82 лет

Результаты и обсуждение. При поступлении клиническая картина АБА складывалась из нескольких важнейших составляющих: во-первых, болевого синдрома (81.1%), который характеризовался как «сильные боли в животе» (68%) с последующей миграцией по ходу аорты (90%), во-вторых, сердечно-сосудистой недостаточностью (41%), в третьих, клиникой ишемии сосудистого бассейна нижних конечностей (37%). У определенной части больных (13%) аневризма брюшной аорты явилась случайной находкой и протекала бессимптомно. В нашем исследовании мы применяли следующие методики визуализации аорты и магистральных ветвей: компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию, аортографию.

Спиральная компьютерная томография с рентгеноконтрастным усилением выполнена у 39 (69%) пациентов. Компьютерная томография обладала высокой чувствительностью, которая составила по нашим данным 95%. В нашем исследовании ангиография как диагностическое исследование при аневризме брюшной аорты была выполнена у 33 (59%) пациентов. Она позволила получить информацию об истинном просвете аневризмы, локализации ее шейки, а также о состоянии дистального сосудистого русла. Магнитно-резонансная томография (МРТ) была применена нами у 9 (16%) пациентов с аневризмой интразонального отдела аорты. Все 9 пациентов страдали хроническим расслоением аневризмы или имели неосложненную аневризму аорты.

Таким образом, диагностическая тактика заключалась в использовании трех моделей предоперационного обследования в зависимости от клинического состояния пациентов. Наличие неосложненной аневризмы интразонального отдела аорты позволяло провести плановое обследование. Модель обследования пациентов с АБА без разрыва и расслоения включала визуализацию аорты с помощью УЗИ, верификацию диагноза с помощью МРТ, оценку дистального сосудистого русла с помощью ангиографии. Данная модель была применена у 32 пациентов с бессимптомным течением аневризмы интразонального отдела аорты.

Модель исследования пациентов, поступивших в стационар с хроническим расслоением аневризмы аорты и стабильной гемодинамикой, включала проведение спиральной компьютерной томографии с контрастным усилением, оценку дистального сосудистого русла с помощью ангиографии (по строгим показаниям у абсолютно стабильных пациентов), проведение УЗИ ОБП. Данная модель была применена у 14 пациентов. Пациенты с разрывом или острым расслоением аневризмы аорты и нестабильной гемодинамикой подвергались только УЗИ исследованию. Данная модель обследования была успешно реализована у 10 пациентов. Всем пациентам из трех групп в приемном покое выполнялись общеклинические исследования. Анализ показал, что минимальное время от момента поступления в стационар до момента проведения операции было отмечено у пациентов с острым расслоением аорты и нестабильной гемодинамикой, где обследование включало проведение только УЗИ.

Выводы.

Тактика предоперационного обследования пациентов с аневризмой аорты определяется клиническим состоянием и должна быть сокращена до минимума у пациентов с нестабильной гемодинамикой.

Проведение ангиографии у пациентов со стабильными гемодинамическими параметрами не увеличивает смертность в раннем послеоперационном периоде и способствует улучшению отдаленных результатов лечения сопутствующего атеросклероза нижних конечностей.

Литература:

1. Сорокин, В.А. Роль коронарографии в лечении расслоения аорты первого типа / В.А. Сорокин, М.Г. Сонг, С.Н. Ли // Тихоокеанский медицинский журнал - 2007. - №1 - С. 53-55.
2. Sorokin, V.A. Role of aortic arch replacement in the surgical treatment of type A aortic dissection / V.A. Sorokin, C.N. Lee, T. Kofidis et al. // In 16th Annual meeting of the Asian society for cardiovascular surgery - 2008. - С.240.
3. Хроническая абдоминальная ишемия: диагностика и хирургическое лечение. // Журнал «Региональное кровообращение и микроциркуляция», г. Санкт-Петербург, 2002 г., № 2, с. 4 – 9.